

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

No

319

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

POPOVICI GRÉGOIRE-B.-J.

Né le 30 Janvier 1898 à Bucarest (Roumanie)

Deux cas de Polydactylie
et Syndactylie
par bifidité phalangienne

Président de thèse : M. le Professeur A. BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

POPOVICI GRÉGOIRE-B.-J.

Né le 30 Janvier 1898 à Bucarest (Roumanie)

Deux cas de Polydactylie
et Syndactylie
par bifidité phalangienne

Président de thèse : M. le Professeur A. BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



LE DOYEN..... M. ROGER.

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmoilogie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de ma grande affection
et de la reconnaissance que je leur dois.

A MA SŒUR

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et Orthopédie;

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Pour l'honneur qu'il nous fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.
Hommage reconnaissant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

La polydactylie proprement dite est constituée par l'existence d'un doigt surnuméraire tout entier, ce doigt pouvant, selon le cas, s'articuler sur une tête métacarpienne (ou métatarsienne) à deux versants, sur deux extrémités indépendantes d'un métacarpien bifurqué, ou enfin sur un métacarpien entièrement constitué, indépendant jusqu'au niveau du carpe avec lequel il s'articule.

Notre camarade Ornstein a publié deux cas recueillis dans le service de M. le Professeur Broca, où la radiographie lui a permis d'étudier l'état des métacarpiens et métatarsiens dans ces conditions et, d'après les dessins qu'il publie, on peut suivre les degrés successifs de cette bifidité complète du doigt, existant jusqu'à la hauteur du métacarpien unique ou en fourche, les deux doigts étant d'ailleurs indépendants, sans union en syndactylie.

Les deux observations que nous relatons représentent des cas de bifidité des deux dernières phalanges.

Cette bifidité terminale est bien connue au pouce, où elle est assez fréquente : le pouce se termine en un petit battoir élargi, à la face dorsale duquel est un ongle unique, mais séparé en deux moitiés par un sillon vertical. Les deux phalangettes sont unies par un tégument commun, et à la radiographie on les voit, ostéologiquement indépendantes, s'articuler sur la tête à deux versants de la phalange. Dans la forme plus accentuée, la bifidité porte sur les deux phalanges du pouce, et l'on sait que, le métacarpien de ce

pouce représentant à vrai dire la première phalange, il s'agit en somme d'une bifidité de deux phalanges en avant de la première, restée unique.

Dans la collection des radiographies et photographies de M. Broca nous n'avons pas trouvé aux autres doigts de cas semblables, c'est-à-dire de double phalange en battoir ou de bifurcation totale, avec ou sans syndactylie.

Mais dans son *Traité de Chirurgie infantile*, M. Broca a publié, page 645, le radiogramme d'une syndactylie bilatérale de siège classique, c'est-à-dire entre le médius et l'annulaire, où l'on voit de petits rudiments phalangiens entre les phalanges correspondantes des doigts bien développés; à gauche, il semble n'y avoir qu'une phalangette supplémentaire; à droite, il y en a deux; à droite comme à gauche, ces organes supplémentaires sont de volume insignifiant.

Nos deux cas actuels sont de même ordre, mais beaucoup plus nets, et tous deux concernent également des doigts unis en syndactylie portant, dans l'un, sur le médius et l'annulaire; dans l'autre, sur le pouce et l'index.

La syndactylie de l'auriculaire et du médius est le siège tout à fait classique de cette malformation; elle est très souvent bilatérale et symétrique, souvent héréditaire; dans sa forme habituelle les deux doigts sont accolés sur toute leur longueur, avec ongles indépendants, la séparation cutanée étant nulle à la paume et marquée à la face dorsale par un simple sillon.

Seule la radiographie systématique peut permettre

de déterminer avec quelle fréquence il y a entre les extrémités digitales des doigts ainsi accolés un rudiment de doigt, intermédiaire comme dans le cas ci-dessus cité, représenté par M. Broca. Les documents du service ne nous autorisent pas à conclure sur ce point.

Ce qui est certain, c'est que l'aspect représenté sur nos figures 1 et 2 est tout à fait exceptionnel.



FIG. 1.



FIG. 2

La syndactylie serrée, sur toute la longueur des deux doigts, y est évidente; et des deux côtés on constate que le médius, plus long que l'annulaire, comme cela est normal, mais à lui fixé par l'extrémité de la phalangette, s'est incurvé en convexité externe pour corriger cette différence de longueur, l'annulaire plus court formant la corde de cet arc. Et des deux côtés,

en forme analogue mais non symétrique, il y a deux phalanges d'annulaire supplémentaire, par bifidité, incluses en syndactylie avec les deux doigts principaux.

A gauche, le doigt supplémentaire est plus nettement marqué qu'à droite. On voit que la première phalange, anormalement longue (elle a 7 à 8 mm. de plus que celle du médius), se prolonge en dehors, en une sorte de crochet renflé. Cela est bien un prolongement anormal, car en dehors de la racine apparaît un petit point d'ossification (d'ailleurs anormal à ce niveau); en sorte que si on prend ce point comme repère, on voit que la phalange est jusque-là de forme et de longueur normales, mais qu'elle descend en dehors en forme d'une apophyse longue et massive. De là, entre le bout de la phalange et l'apophyse, une concavité dans laquelle s'articule la deuxième phalange, normale, suivie de la troisième, normale également. A l'apophyse font suite deux phalanges courtes et larges, mal ossifiées, car elles sont claires. Les extrémités des trois phalangettes semblent unies par soudure osseuse, mais il est impossible de l'affirmer; on sait d'ailleurs que cette soudure est rare et que quand on opère on n'a pas à couper de pont osseux terminal.

A droite, la formation est beaucoup moins avancée dans sa constitution. L'extrémité inférieure de la première phalange, de longueur normale, de l'annulaire, est peut-être un peu renflée, mais fort peu, et surtout elle est transversale, sans prolongement apophysaire;

à son angle interne arrive, par une pointe, une phalange courte et triangulaire à laquelle fait suite, à grande distance, une phalangette : car c'est à peine si la phalangesupplémentaire dépasse l'épiphyse de la phalangine normale; la phalangette supplémentaire est plus grêle, mais de même longueur que celle des deux doigts qui l'encadrent.

Des deux côtés le métacarpe et le carpe paraissent normaux; au carpe, sans doute, on ne peut que juger du début de l'ossification, car l'enfant (une fille) n'a que deux ans), mais des deux côtés les points d'ossification, à cet âge apparents (grand os, os crochu pyramidal) sont normaux.

Notre autre radiographie est celle d'un garçon de 14 ans, venu pour syndactylie du pouce et de l'index droits, ce qui est un siège rare. Extérieurement, on voit que le pouce est large, à ongle dont la duplicité est marquée par un sillon, la phalangette interne se détachant, après fusion incomplète, à mi-longueur de la phalangette de l'index. Celui-ci n'est, néanmoins, encore plus long que le doigt interne, d'où une incurvation en convexité dorsale.

Si l'on regarde la main dans son ensemble, on constate que le médius est anormalement court, tandis que l'index et le pouce sont anormalement longs. C'est, en effet, ce que fait voir la radiographie, où le deuxième métacarpien est certainement de longueur insolite, tandis que le troisième est en retrait sur les quatrième et cinquième, ceux-ci étant à la proportion normale par rapport au premier.

Mais surtout la radiographie permet de préciser que l'élargissement en dehors, du doigt en syndactylie est dû à un doigt supplémentaire par bifidité de l'index

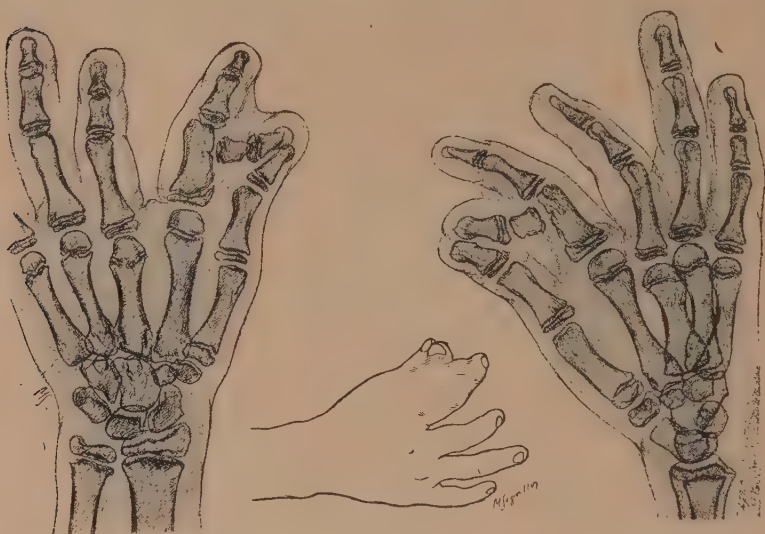


FIG. 3

FIG. 4.

FIG. 4.

et non du médus. On voit, en effet, avec très grande netteté qu'au flanc externe de l'index, au-dessus de la tête et sans connexion directe avec elle, s'articule transversalement une petite masse trapézoïdale sans point d'ossification épiphysaire apparent ; une phalangette très bien formée, presque aussi volumineuse que celle du pouce, lui fait suite, pourvue d'un point épiphysaire supérieur avec cartilage conjugal, arrivant par sa pointe au contact de la pointe de la phalangette du pouce.

De cette radiographie ressort que l'opération était

indiquée et facile pour libérer le pouce : après ablation de cet index transversal supplémentaire il y avait toute l'étoffe voulue pour reconstituer une bonne commissure.

CONCLUSIONS

1° La radiographie permet de voir dans certaines syndactylies, d'apparence normale, des rudiments de syndactylie par bifidité des deux dernières phalanges. Dans le cas que nous publions, cette bifidité appartenait à l'annulaire.

2° Il peut y avoir, mais très rarement, syndactylie entre le pouce et l'index, avec bifidité des deux dernières phalanges de l'index.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
BROCA.

Vu et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.

